Rok LI. Kraków, dnia 15. czerwca 1912. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

O przerywaniu ciąży ze wskazań psychiatrycznych.

napisali*)

Dr J. Landau i Prof. Dr J. Piltz.

(Ciąg dalszy).

I my nie sądzimy, ażeby histerya w większości przynajmniej przypadków, przy zastosowaniu wszelkich środków leczniczych, a ewentualnie nawet i przy umieszczeniu chorej w odpowiednio urządzonym zakładzie leczniczym, mogła dawać wskazanie do przerwania ciąży. Jedynie tylko w tych przypadkach, w których na tle histeryi wyrosną tego rodzaju objawy, jak szałowe podniecenie z krócej lub dłużej trwającymi stanami zamroczenia, dezoryentacyą i omamami, bredzenia i inne, jedynie tylko w tych przypadkach po bezskutecznem zastosowaniu wszelkich znanych nam zabiegów leczniczych i przy widocznym ujemnym wpływie tej choroby na ustrój ciężarnej, zachodzić może, jak we wspomnianym już przypadku Valenta i Krafft-Ebinga, potrzeba sztucznego przerwania ciąży.

Dla uzupełnienia dodać nam wreszcie należy, że Pick uważa i tak zwany stan histero-padaczkowy (status hysteroepilepticus) za wskazanie do wzniecenia poronienia, a to dlatego, ponieważ, jak to było w jednym z jego przypadków, stan taki doprowadzić może i do zejścia śmiertelnego. Podobnie sądzi i Jolly [1]), że ciężkie przypadki histero-epilepsyi mogą czasem dawać wskazanie do przerwania ciąży.

II. Na tem kończymy nasze wywody co do wskazań dla przerywania ciąży w nerwicach, powikłanych zaburzeniami w sferze psychicznej, a przechodzimy obecnie do omawiania wskazań w e w ł a ś c i w y c h c h o r o b a c h u m y s ł o w y c h.

Zaznaczamy tu jednak odrazu, że w referacie naszym nie będziemy się zajmować ani dla naszej sprawy mało znaczącemi zboczeniami w sferze psychicznej, jak popędem do spełniania zbrodniczych czynów (kleptomania, podpalania i t. d.), a które to zboczenia wchodzą w zakres tak zwanych popędów przymusowych; ani też nie będziemy się zajmować pewnemi lekkimi, prawie każdej ciąży towarzyszącymi stanami podniecenia lub przygnębienia i smutku, a przejdziemy odrazu do właściwych psychoz, spotykanych u kobiet ciężarnych. A to dlatego, ponieważ wszystkie powyżej wymienione zboczenia nie stanowią nigdy wskazania do wzniecenia poronienia lub przedwczesnego porodu.

Na jak wielkie trudności napotyka psychiatra przy stawianiu wskazań do przerwania ciąży ze względu na choroby umysłowe matki, za tem przemawia najlepiej fakt, że w żadnem innem zagadnieniu nie znajdujemy tylu sprzeczności, ile w tem, którem się tu dzisiaj zajmujemy. Przyczyny tego należy niewątpliwie dopatrywać się w tem, że określenie i klasyfikacya tych chorób umysłowych, które psychiatrzy nazywają psychozami porodowemi, są jeszcze dzisiaj bardzo niedostateczne.

Ponieważ nie jest jednak zadaniem naszem omawianie klinicznego przebiegu poszczególnych psychoz porodowych, ani też ocenianie tego, czy słusznie zaprzecza się już dzisiaj istnieniu jakichś swoistych chorób umysłowych, któreby wyłącznie tylko rozwijały się w przebiegu ciąży, przeto zajmiemy się w naszych wywodach jedynie tylko wskazaniami do przerwania ciąży, a stronę kliniczną zaburzeń psychicznych poruszymy tylko o tyle, o ile się to przyczynić może do lepszego zrozumienia samych wskazań. Dla łatwiejszego zaś zoryentowania się i dokładniejszego rozpatrzenia tych wskazań wszelkie choroby umysłowe spotykane w przebiegu ciąży podzieliliśmy na trzy kategorye.

A) Do pierwszej z nich należy według tego podziału zaliczyć te choroby umysłowe, które już istniały przed zajściem kobiety w ciążę. Tu więc dołączyła się ciąża do już istniejącej choroby umysłowej. Nie są to zatem psychozy porodowe w ścisłem tego słowa znaczeniu i jako takie nie są też one objęte żadną z powyżej już wymienionych prac i statystyk.

B) Do drugiej kategoryi należą te choroby umysłowe, które pojawiły się wprawdzie w przebiegu ciąży, ale u kobiet, które przechodziły już kiedyś dawniej taką samą chorobę umysłową, zupełnie niezależnie jednak od ciąży.

C) Do trzeciej wreszcie kategoryi zaliczamy te choroby umysłowe, które poraz pierwszy dopiero pojawiły się w przebiegu ciąży u kobiet przedtem zupełnie zdrowych, jakkolwiek często już neuropatycznych, względnie psychopatycznych.

Jak więc z tego widać, podział nasz nie opiera się

[1]) Die Indikationen des künstlichen Abortes. Neurol. Centralb. 1901, str. 1022.

na razie ani na etyologii, ani też na przebiegu chorób umysłowych, spotykanych w przebiegu ciąży. W podziale tym nie rozdzielamy psychoz, które się rozwijają z przyczyn wewnętrznych (endogen), od tych, które się pojawiają z przyczyn zewnętrznych (exogen) według Möbiusa. Nie uwzględniamy również podziału Olshausena na choroby umysłowe zakaźne, intoksykacyjne i idyopatyczne, ani też podziału Rungego na psychozy symptomatyczne i idyopatyczne, a podział nasz, niezależny zupełnie od etyologii, symptomatologii i przebiegu, utworzyliśmy dowolnie, jedynie tylko dla lepszego zoryentowania się we wskazaniach dla przerywania ciąży w przebiegu najrozmaitszych chorób umysłowych.

Ad A). Do tej kategoryi należą wszelkie znane nam choroby umysłowe, a ponieważ nie stoją one w tych przypadkach w żadnym genetycznym związku z ciążą, lecz ciąża dołączyła się tu do już istniejącej choroby umysłowej, przeto nie stanowią one nigdy wskazania do przerwania ciąży ze względu na zdrowie i życie ciężarnej, a mogą jedynie wchodzić w rachubę przy rozważaniach nad wskazaniami do przerwania ciąży w chorobach umysłowych matki ze względu na jakość mającego urodzić się płodu, — o czem jednak później. Nie stanowią zaś one wskazania do przerwania ciąży, mimo, że w pewnej przynajmniej liczbie przypadków ciąża wpływa niekorzystnie na przebieg tych chorób umysłowych, potęgując chwilowo ich objawy. A to dlatego, że ów szkodliwy wpływ ciąży na te choroby nie występuje stale, że w większości tych przypadków pogorszenie się tej sprawy chorobowej tak jest nieznaczne, iż nie stoi ono w żadnym stosunku do powagi takiego zabiegu, jakim jest każde przerywanie ciąży u umysłowo chorej kobiety, że wreszcie przerwanie ciąży nie usuwa choroby umysłowej, która rozwinęła się w tych przypadkach zupełnie niezależnie od ciąży.

Dla uzupełnienia dodać musimy, że w pewnych chorobach umysłowych, np. w porażeniu postępowem (Régis)[1]) i innych przewlekle przebiegających chorobach umysłowych, ciąża nietylko nie pogarsza psychozy, ale może nawet wywołać przerwę lub zwolnienie (Marcé, Griesinger, Porporati)[2]), podobnie, jak i ostre choroby gorączkowe.

Ad B). W tych przypadkach ciąża i choroba umysłowa zeszły się albo przypadkowo, jak dwie różne i niezależnie od siebie przebiegające sprawy, albo też ciąża była owym czynnikiem wywołującym, który dał bodziec do nawrotu u kobiety, skłonnej do zapadania na choroby umysłowe.

Do tej kategoryi należą przedewszystkiem owa wielka grupa psychoz okrężnych maniakalno-depresyjnych Kräpelina i przedwczesne otępienie umysłu. I te choroby nie stanowią prawie nigdy wskazania do przerwania ciąży ze względu na zdrowie matki, a to dlatego, że i one nie pozostają w istotnym patogenetycznym związku z ciążą, jak to już zaznaczyliśmy powyżej. Podkreślamy, że użyliśmy zwrotu »prawie nigdy«, a to z tego powodu, że w pewnych przynajmniej przypadkach mogą choroby te dawać wskazanie do przerwania ciąży, a to tam mianowicie, gdzie z poprzednio przebytych już ciąż wynika, że każdorazowe zajście kobiety w ciążę połączone było z nawrotem lub pogorszeniem się sprawy chorobowej.

W związku z tem pozostaje sprawa tak zwanego zapobiegawczego przerywania ciąży, które ma na celu niedopuszczenie do ponowienia się choroby umysłowej u kobiet, skłonnych do zapadania na jedną z wymienionych już psychoz, a to podczas każdorazowego ich zajścia w ciążę. Otóż z Alzheimerem, Quenslem i E. Meyerem stoimy na stanowisku bezwzględnego wyczekiwania w takich przypadkach, a to z tego powodu, że warunki dla każdej ciąży układają się inaczej, że więc nigdy nie jest rzeczą konieczną, aby choroba umysłowa, która towarzyszyła jednej ciąży, musiała pojawić się i przy następnych ciążach. W tym kierunku spotykamy zresztą ogromną różnorodność, zależną także i od rodzaju raz już przebytej choroby umysłowej.

Tak np. prawdopodobniejszym jest nawrót katatonii lub psychozy maniakalno-depresyjnej, aniżeli bezmysłu (amentia) lub obłędu ostrego (delirium acutum).

W każdym razie na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń nie należy zdaniem naszem przerywać ciąży w celach zapobiegawczych; z drugiej jednak strony zalecamy nadzwyczaj ścisłą obserwacyę w takich przypadkach, tak ażeby przy pierwszych zwiastunach zbliżającej się choroby umysłowej ciążę ukończyć. Nie zalecamy zaś sztucznego przerywania ciąży przed pojawieniem się pierwszych zwiastunów choroby umysłowej i z tego powodu, ponieważ każde sztuczne przerywanie ciąży, podobnie zresztą jak i sam poród na czasie, nietylko nie chroni, ale nawet naraża ciężarną na ewentualne zakażenie, a następnie i na ostrą psychozę zakaźną. Tak więc, jak słusznie powiada Wagner[1]), zabiegiem naszym sprowadzić możemy to, czego właśnie chcieliśmy uniknąć przy pomocy tego zabiegu.

Co do przedwczesnego otępienia umysłu wreszcie, to jakkolwiek Rheinhardt[2]) wskazuje na to, iż otępienie przedwczesne, które się objawia w okresie ciąży, daje gorsze rokowanie, aniżeli te przypadki przedwczesnego otępienia umysłu, które występują w jednym z dwóch okresów popołogowych, a Jolly wspomina o wybitnie ujemnym wpływie ciąży na przedwczesne otępienie umysłu, mimo to jednak nie widzi w niem Alzheimer żadnego wskazania do przerwania ciąży. A to dlatego, że jakkolwiek po przerwaniu ciąży stan chorej staje się chwilowo lepszym, to jednak choroba nie ustępuje i niezależnie od zabiegu doprowadza z czasem do zupełnego rozpadu władz umysłowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Symptomatologia stanów stenokardyalnych

podał

Dr Roman Glassner.

Poza typowymi napadami stenokardyi, której rozpoznanie jest zazwyczaj łatwe, jeżeli się pamięta o głównych

[1]) Paralysie générale et grossesse. Journal. de méd. de Bordeaux 1903, Nr 13. Jahresb. für Psych. u. Neurol.

[2]) Note clinique interno alle frenosi puerperale. Archiv. italian. 1879. Ref. Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie. T. 36. str. 484.

[1]) Die psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft. Wiener klin. Wochen. 1905, Nr 10.

[2]) Beitrag zur Lehre von den Puerperalpsychosen. Inaug. Dissert. Leipzig. Ref. Jahresb. f. Psych. u. Neurol. 1907.

objawach, podanych jeszcze przez Heberdena, istnieje cały szereg objawów, które przy braku typowych napadów bywają często błędnie tłómaczone, a ponieważ objawy te mają pozorny związek ze schorzeniami innych narządów, nierzadko zdarza się, że rozpoznanie nasze kierujemy na fałszywe drogi. — Błędy rozpoznawcze pochodzą jeszcze i z tego źródła, że rozpoznanie stenokardyi niejednokrotnie opiera się wyłącznie na opowiadaniu chorego; wiemy bowiem dobrze, że badanie przedmiotowe bywa często zupełnie ujemne. Słusznie też podkreśla cały szereg autorów, jak: Romberg, Mackenzie, M. Herz, Huchard i inni, że w pewnych przypadkach chorób sercowych szczególnie ważne są wywiady, one bowiem wyłącznie nieraz rozstrzygają o właściwem rozpoznaniu. Tem więcej nie wolno o tem zapominać, że stenokardya, która jest tak charakterystyczną dla zmian miażdżycowych tętnic wieńcowych serca, z chwilą wystąpienia przedmiotowych zmian w sercu, jak rozszerzenia i następowej niedomogi, zazwyczaj ustępuje, a zamiast niej rozwija się zwyczajny obraz przewlekłej niedomogi serca bez napadów stenokardyalnych.

Już w tem miejscu muszę podkreślić, że w ostatnich czasach wybitni badacze patologii serca, jak Mackenzie i Hoffman, występują stanowczo przeciw rozpowszechnionemu podziałowi stenokardyi na prawdziwą i rzekomą. Różne mogą być przyczyny, które obraz stenokardyi wywołują, ale z tego wcale nie wynika, aby istniały jakieś dwa typy stenokardyi, tembardziej, że stenokardya nie jest jednostką chorobową, jeno pewnym zbiorem objawów (syndrôme). Słusznie podnosi Mackenzie, że nikt nie posługuje się n. p. pojęciem pseudo-gastralgii, lubo i przyczyny wywołujące gastralgię są nader różne. Zarzucenie dawnego rozróżniania stenokardyi na prawdziwą i rzekomą (nerwową) jest o tyle jeszcze ważne, że położy kres rozmaitym błędom, jakie popełniano, starając się według charakteru objawów odróżniać jedną postać od drugiej. Stanowisko to jest jeszcze tem uzasadnione, że chociaż nie znamy istoty stenokardyi, to sama sprawa fizyologiczno-funkcyonalna, wywołująca napad stenokardyalny we wszystkich przypadkach bez względu na zmiany anatomiczne serca jest analogiczna. Za tą analogicznością objawów przemawia także i ta okoliczność, że jakiś czas utrzymywała się i poniekąd jeszcze utrzymuje się hipoteza, iż napad prawdziwy stenokardyalny jest następstwem skurczu tętnic wieńcowych serca, które z powodu zmian miażdżycowych już z natury rzeczy mają wązkie światło; napad zaś rzekomy miałby być skutkiem również skurczu tychże naczyń, który to skurcz dotyczy naczyń anatomicznie niezmienionych, a powstaje bliżej nieznaną drogą odruchową jako objaw naczynioruchowy (Huchard).

Na tych przypuszczeniach oparł Nothnagel opisaną przez siebie postać chorobową, którą nazwał »angina vasomotoria«.

Mackenzie nie podziela tych poglądów i przyjmuje, że wspólną przyczyną wszelkich napadów stenokardyalnych jest pewne wyczerpanie mięśnia sercowego, a w szczególności lewej komory serca. Wyczerpaniu może uledz tak mięsień zdrowy, jak i chorobowo zmieniony; z czego zatem wynika, że napadom stenokardyalnym podlegają ludzie tak ze zdrowem jak i z chorem sercem, o ile ich mięsień sercowy narażony jest na czynnościowe wyczerpanie.

Wychodząc z powyższego założenia, zrozumiemy, że rozróżnianie rodzaju stenokardyi na podstawie poszczególnych objawów jest niedopuszczalne, a co gorsza, że wiodąc do fałszywych wniosków, czyni rokowanie bardzo wątpliwem.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć, że Aug. Hoffmann stwierdził na dość rozległym materyale sekcyjnym zupełny brak makroskopowych i mikroskopowych zmian miażdżycowych tętnic serca, mimo iż za życia występowały klasyczne napady stenokardyi, a tyczyło się to osobników, u których sekcya stwierdziła różne rodzaje wad zastawkowych nie natury miażdżycowej. Mamy zatem nowy dowód, że bywają różne zmiany anatomiczne, a nawet brak zupełnie zmian anatomicznych u osób, które doznawały napadów stenokardyalnych.

Rozpoznanie typowego napadu stenokardyalnego, jak to już wyżej wspomniałem, nie przedstawia żadnych trudności; obraz jego bowiem jest tak charakterystyczny i swoisty, że kto raz tylko widział ciężki napad stenokardyalny, błędu rozpoznawczego nie popełni; nawet przeważnie z opowiadania chorego można rzecz dobrze rozpoznać, albowiem chory dość dobrze swój napad opisuje i podaje pewne stałe znamiona.

Inaczej ma się rzecz, gdy nie ma typowych napadów stenokardyalnych i tylko skargi chorego dotyczą t. zw. przypadłości stenokardyalnych.

Przypadłości te bywają bardzo różne tak co do objawów, jak i co do siedziby, a nadto prawie każdy chory inaczej je opisuje. Stwierdzić należy i to, że bardzo często chory taki nie doznaje ciężkich napadów stenokardyalnych, a natomiast całe życie cierpi na lekkie przypadłości stenokardyalne.

Uczucie pewnego ciężaru na klatce piersiowej jest objawem najczęstszym; temu objawowi towarzyszy uczucie ściśnienia klatki piersiowej i ucisku śródpiersiowego: wyraz »oppressio«, niedający się dobrze spolszczyć, najlepiej może odpowiada podmiotowemu uczuciu chorego. Stan ten niewątpliwie polega na skurczu mięśni klatki piersiowej; chory dla ulżenia sobie, a zarazem dla zwolnienia tego stanu kurczowego, stara się głęboko oddychać, co mu przynosi chwilową ulgę. Stan ten jest chwilowy, przemijający, lub też utrzymuje się długie godziny, a nieraz nawet i dnie. O ile uczucie to jest nieco nieokreślone, bardziej rozlane, bez ścisłego usadowienia, o tyle znowu istnieje uczucie ucisku ze ścisłem usadowieniem pod mostkiem, jużto w dolnej jego części, jużto w górnej, ograniczone nieraz do bardzo małej przestrzeni mostka; chory taki podaje, że coś go uciska bezpośrednio pod mostkiem. Ucisk ten nie jest głęboki, lecz więcej powierzchowny; tu i owdzie ucisk ten przechodzi w lekki ból, nie rozpromieniający się zresztą nigdzie, przez chorych łatwo znoszony, niejednokrotnie wędrujący, chwilowo występujący pod dolną częścią mostka, to znów pod górną, a dość często przenoszący się na okolicę pierwszych górnych kręgów piersiowych lub między łopatki; lecz ból ten zawsze dotyczy przestrzeni niewielkiej i zawsze ma charakter powierzchowny. Owe miejsca na skórze, zajęte bólem, odznaczają się bardzo często wyraźną przeczulicą. Jestto osobliwą zasługą Heada, że pierwszy uwagę zwrócił na znaczenie pewnych przeczulic skóry i na ich związek ze schorzeniami narządów wewnętrznych. Mackenzie dla stanów stenokardyalnych nakreślił nawet ścisłą topografię owej przeczulicy. Z przeczulicą skóry łączy się często przeczulica (hyperalgesia) odpowiednich grup mięśni.

Maks Herz wspomina także o odosobnionych bólach przyrody stenokardyalnej w kończynach dolnych i górnych; specyalnie ból w lewej ręce, w okolicy śródręcza. Opisano przypadek, gdzie chory wśród takiego bólu śródręcza zmarł, a badanie pośmiertne stwierdziło miażdżycę tętnic wieńcowych serca, a więc był to niewątpliwie napad stenokardyalny.

Wszystkie powyżej opisane uczucia i dolegliwości leżą w zakresie nerwów obwodowych.

Druga kategorya przypadłości stenokardyalnych należy do zakresu czynności układu wegetatywnego, t. j. nerwu błędnego i współczulnego. Objawy, tą kategoryą objęte, są tak różnorodne i tak często od siebie odmienne i pozornie rozbieżne, że nawet doświadczonym dyagnostom zdarzało się, iż objawy przyrody stenokardyalnej odnosili do schorzeń innej sfery, a najklasyczniejszym tego przykładem jest przypadek, ogłoszony przez Schnitzlera, gdzie przystąpiono do zabiegu operacyjnego; tak dalece bowiem objawy stenokardyalne były podobne do objawów cier-

pienia chirurgicznego. Z tej grupy objawów bóle w nadpępczu należą do stosunkowo najczęstszych. Podobnie, i to niemniej często, występuje już to ból, już to ucisk w żołądku, połączony z częstemi odbijaniami, a wielokrotny upływ powietrza z żołądka przynosi wtedy choremu zazwyczaj ulgę; charakterystycznem atoli jest, że temu uciskowi, względnie bólowi żołądka towarzyszy ucisk między łopatkami. Bole i wzdęcia jelit są już stosunkowo rzadkie, chociaż i o nich nie wolno zapomnieć, malując pełny obraz przypadłości stenokardyalnych. Wspomnieć nadto należy o odruchowych bolach powrózków nasiennych i jąder.

Niektóre narządy wydzielnicze, jak ślinianki i nerki bardzo często okazują wśród stanów stenokardyalnych wzmożoną czynność; obfite ślinienie i wielkie ilości wodojasnego moczu można dość często zauważyć. Zjawiska te pozostają również w ścisłym związku z pewnem podrażnieniem układu wegetatywnego, o czem już wyżej była mowa.

Jak więc widzimy, objawy stenokardyalne nie dadzą się ugrupować i ująć w grupy zasadnicze; różnorodność jest i w uczuciu podmiotowem i w umiejscowieniu, a co najważniejsza, że cały szereg cierpień innych narządów podobnie się objawia; trudności zatem rozpoznawcze są nieraz dość wielkie.

Jest jednak jeden objaw znamienny, który stale towarzyszy przypadłościom stenokardyalnym. Objawem tym jest uczucie lęku i trwogi, które raz silniej, raz słabiej się zaznacza, zależnie od nasilenia objawów stenokardyalnych i od indywidualności chorego. To uczucie lęku jest tak znamienne, iż wyłącznie na tej podstawie rozpoznał raz Herz napad stenokardyalny u człowieka, który dostał gwałtownego bólu w 4. i 5. palcu lewej ręki. Napad ten zakończył się zejściem śmiertelnem, a autopsya stwierdziła miażdżycę tętnic wieńcowych serca. To uczucie lęku ma nawet i w swej treści coś osobliwego, albowiem nie jest to jakiś nieokreślony lęk, lecz przeciwnie chory prawie zawsze podaje, iż ów lęk połączony jest z trwogą już zbliżającej się śmierci (Vernichtungsgefühl); a że nie jest to uczucie wynikłe z uświadomienia sobie przez chorego, iż obarczony jest chorobą serca, — dowodzi fakt, że uczucie to występuje mimo, iż objaw stenokardyalny dotyczy miejsca, które topograficznie nie odpowiada okolicy serca.

Również towarzyszą przypadłościom stenokardyalnym nie stale, ale dość często pewne zmiany w typie oddychania. I tu widzimy dwa odmienne obrazy. Albo oddech jest przyspieszony, powierzchowny, albo zwolniony, od czasu do czasu przerywany głębokimi wdechami. Oba te typy nie mają nic wspólnego z obrazem jakiejkolwiek formy duszności w ogólności, a w szczególności z obrazem duszności, wynikającej z niedomogi serca.

Co się tyczy objawów przedmiotowych, jak zachowanie się tętna, ciśnienia, wielkości serca i elektrokardyogramu, to wszystkie uogólnienia i prawa, jakie chciano dla przypadłości stenokardyalnych stworzyć, są błędne. Badania tak poważnych autorów, jak Romberga, Hoffmanna, Nicolaya, Herynga, Mackenziego, Hucharda i wielu innych są niejednokrotnie tak ze sobą sprzeczne, że już to samo przemawia za nieuchwytnością jakichkolwiek prawideł i dowodzi, że w różnych przypadkach objawy te zachowują się rozmaicie. Zależy to od różnych przyczyn ubocznych, których omówienie nie leży w zakresie niniejszego szkicu.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Doc. Voltz: **Przyczyna trującego działania alkoholu metylowego na ustrój.** (Med. Klinik, 1912, Nr 16). Autor na podstawie doświadczeń na psach doszedł do wniosku, że trujące działanie alkoholu metylowego pochodzi stąd, iż alkohol ten bardzo długo zatrzymuje się w ustroju, tak, iż wydzielanie jego z moczem po 48 godzinach jeszcze nie jest ukończone, dalej stąd, iż produkt jego utlenienia, wykazany przez Pohla kwas mrówkowy, w wielkiej ilości się wytwarzający, działa szkodliwie na rozmaite narządy, a głównie na ośrodkowy układ nerwowy. Alkohol metylowy działa także szkodliwie na zdolności trawienne ustroju, V. stwierdził bowiem, że ziemniaki w dwa dni po spożyciu znajdowały się w wymiocinach w stanie niestrawionym. Przy ostrem zatruciu spodziewać się można dobrych wyników leczenia z podniesienia przeziewu skórnego, który wedle doświadczeń Zuntza i Schumburga u maszerujących żołnierzy wynosić może aż do 500 gramów pary wodnej na godzinę i przez podawanie środków moczopędnych, ewentualnie także wprowadzanie wielkiej ilości płynu do ustroju, by przez to uzyskać jak najszybsze wydzielanie się alkoholu z ustroju, o ile zużyta ilość jego nie była zanadto wielka. Mondschein.

Prof. Pilcz. **Warunki powstawania porażenia postępowego.** (Mediz. Klinik 1912, Nr 16). Choroba ta wedle autora wybucha najczęściej u ludzi, u których kiła miała przebieg »łagodny«, t. j. u tych, gdzie objawy ograniczyły się do pierwotnego wrzodu lub jednej osutki bez dalszych nawrotów, gdzie też leczenie było albo czysto lokalne albo jednorazowe ogólne. Rzadkie jest porażenie postępowe u osób, u których były ciągłe nawroty kiły, zmuszające chorego do ciągłego leczenia się przez pierwszych parę lat. Na pytanie, czy porażenie postępowe jest tylko nieprawidłowem zejściem kiły, mającem podstawę w samej organizacyi ustroju, czy jestto szczególna postać zakażenia kiłowego, jak Francuzi nazywają »syphilis à virus nerveux«, odpowiada autor słowem »ignoramus«. Obok kiły są warunkiem usposabiającym: dziedziczne obciążenie tą chorobą, dalej wysiłki umysłowe (u kupców, bankierów, lekarzy itd.). Wpływ wysiłków umysłowych ma doniosłe znaczenie, dlatego autor zaleca t. zw. higienę nerwów, a więc spokój umysłowy, uprawianie sportów, unikanie nocnych rozrywek, gry w karty i zupełne wstrzymanie się od trunków. Niektórzy autorowie przypisują alkoholowi bardzo wiele wpływu na wybuch porażenia postępowego, autor również potwierdza to na mocy swoich doświadczeń. W początkowym okresie porażenia postępowego widział autor bardzo dobre wyniki z kombinacyi leczenia jodowo-rtęciowego z metodą wytwarzania sztucznej gorączki, niżej omówioną. Wagner leczy chorych na porażenie postępowe podawaniem tyreoidyny wraz z leczeniem rtęciowem. Salwarsan jest przeciwwskazany. Metoda Wagnera wytwarzania sztucznej gorączki polega na wstrzykiwaniu 10% rozczynu starej tuberkuliny Kocha co drugi dzień podskórnie; w razie silnej gorączki powtarza Wagner wstrzykiwania tylko 10—12 razy, w przeciwnym razie zacząwszy od dawki 0·01 postępuje aż do 10 cm^3. U ludzi podejrzanych co do gruźlicy wstrzykuje Wagner zabite hodowle paciorkowców, których w zamkniętych ampułkach dostarcza apteka cesarza Fryderyka w Berlinie. Zalecenia godne, jakkolwiek bolesne, są wstrzykiwania podskórne rozczynu nukleinianu sodowego, co 8. dzień powtarzane w ogólnej ilości ośmiu. Z tych metod zaleca autor przedewszystkiem kombinacyę leczenia rtęciowego z poprzedzającem lub następczem stosowaniem tuberkuliny. Przy tem leczeniu widział w początkowym okresie polepszenia tak wielkie, że chorzy, przedtem do pracy niezdatni, podejmowali napowrót swe czynności zawodowe, a nawet, w późniejszym już okresie spostrzegał autor nieraz zatrzymanie się postępu choroby nawet na długie lata, jeśli leczenie to powtarzał w odstępach półrocznych.

Mondschein.

Pedyatrya.

Lesage i Collin. **Odporność na zmęczenie u dzieci poniżej $2^1/_2$ lat.** (Arch. de méd. des enf. 1911,

Nr 6, oraz Encephale, 1911, Nr 3). Autorowie zwracają uwagę na to, że dzieci poniżej $2^1/_2$ lat mogą przez czas dłuższy zachowywać nadane im położenie, chociażby one było niewygodne i męczące. Porównując w tym kierunku osoby różnego wieku, wykryli autorowie, że np. 4 osoby dorosłe mogły utrzymać obie ręce rozstawione poziomo od 5—12 minut, gdy dziecko 2-letnie bez widocznego wysiłku trzymało je 30 minut. Autorowie doszli do przekonania, że granicą wieku, w którym dzieci zdolne są do tego rodzaju wysiłków, jest $2^1/_2$, wyjątkowo 3 lata i przypuszczają, że przyczyną tego jest nieukończony rozwój układu nerwowego, gdyż brak tych objawów u osób dorosłych, jakoteż u idyotów i upośledzonych umysłowo (imbecils), u których rozwój umysłowy, chociaż niedostateczny, jednakowoż już ukończył się. Oprócz tego badali autorowie odruchy i współruchy (syncinesis) i zwykle udawało się im wykazać u dzieci poniżej $2^1/_2$ lat wielką żywość odruchów, obecność odruchu Babińskiego, a także współruchów. Wrażliwość na ból u dzieci w tym wieku zwykle jest obniżona.

L. Mańkowski.

Papapanagiotu. **W sprawie leczenia zapalenia opon mózgowych u dzieci surowicą meningokokową.** (Arch. de méd. des enfants. 1911, Nr 11). W czasie epidemii w Atenach zebrał autor kilkanaście bardzo dokładnych spostrzeżeń, których część opisuje obszernie w swej pracy. Chore dzieci były w wieku od 8 miesięcy do 10 lat. Co się tyczy zaraźliwości, to autor nie zauważył, aby w rodzinach, gdzie było już jedno dziecko chore na zapalenie nagminne opon mózgowych, zachorował jeszcze jaki inny członek rodziny. Przyczynę tego zjawiska upatruje P. w tem, że chory będąc osłabiony i leżąc w łóżku mniej styka się z otoczeniem i jest poniekąd odosobniony. Autor podnosi, że nagminne zapalenie opon przedstawia u oseskόw pewne szczególne właściwości; zaczyna się ono często gwałtownie i to jakby objawami zajęcia narządu oddechowego lub pokarmowego; często znów rozwija się pomału i podstępnie. Wszystkie swe przypadki autor leczył surowicą przeciwmeningokokową Doptera. Wyniki były nadzwyczaj pomyślne. Na 14 przypadków tylko jedno zejście śmiertelne, to znaczy śmiertelność wynosiła 7·14%. Śmiertelność w czasach przedsurowiczych wahała się według różnych autorów od 53—90%, od czasu stosowania surowicy spadła do 14—45%. Niższą śmiertelność w swych spostrzeżeniach przypisuje autor wczesnemu leczeniu, ulepszeniom w wytwarzaniu surowicy i w technice samych wstrzykiwań. Omawiając szczegółowo wpływ surowicy na przebieg choroby i jej powikłania, podkreśla P., że dla otrzymania wpływu prawdziwie leczniczego należy stosować (podoponowo) wielkie dawki surowicy. Dzieci poniżej 2 lat dostawały 10—20 cm^3; powyżej 2 lat 20—30 cm^3. Wstrzyknięcia powtarzano codziennie w ciągu 3 dni.

L. Mańkowski.

Nobecourt i Merklen: **Sprawność nerek w przebiegu ich zapaleń u dzieci.** (Arch. de méd. des enf. 1911 Nr 9). Według najnowszych badań przypuszczać należy istnienie 2 rodzajów zapaleń nerek: 1) zapalenia chloruremicznego, powstającego przy objawach zatrzymania w ustroju związków chloru i 2) zapalenia azotemicznego przy zatrzymaniu mocznika. Wreszcie możliwem jest jeszcze istnienie postaci mieszanych. Nie wszystkie stany zapalne nerek wywołują chloruremię lub azotemię; są przypadki, w których wydzielanie chlorków i mocznika odbywa się prawidłowo, a białko jest jedynym objawem zajęcia nerek. Są to przypadki białkomoczu zwyczajnego (nephritis albuminurica simplex). Słowem teraz zwraca się przedewszystkiem uwagę na stan czynnościowy nerek, a nie na określenie w nich przypuszczalnych zmian anatomicznych.

Autorowie wzięli sobie za zadanie zastosować te wyniki badań do schorzeń wieku dziecięcego. Ze spostrzeżeń autorów wynika, że z ostrych zapaleń nerek najczęściej spotkać można u dzieci zwyczajne zapalenie białkomoczowe (nephritis albuminurica simplex) i zapalenie chloruremiczne. Rzadziej daleko spotyka się zapalenie azotemiczne. Co się tyczy zapaleń nerek podostrych i przewlekłych, to autorowie spostrzegali tylko pierwsze dwa rodzaje zapaleń, chociaż nie przeczą możliwości istnienia i innych rodzajów.

Przechodząc następnie do symptomatologii, autorowie podkreślają brak u dzieci w przypadkach azotemicznych otrętwienia i swędzenia skóry. Co się tyczy zmian w ciśnieniu krwi i objętości serca, to ze spostrzeżeń autorów wynika, że niema ścisłej zależności między tymi objawami, a zmianami jakościowemi moczu. Zatrzymanie chlorków i następowa wodnistość krwi mogą w pewnym stopniu zwiększyć ciśnienie krwi i w następstwie doprowadzić do rozszerzenia serca, jednakowoż nie można im przypisywać bezpośredniego związku z objawami występującego silnego wzmożenia parcia krwi.

W przebiegu ostrego zapalenia nerek przepuszczalność ich dla rozmaitych składników moczu jest różna, stosownie do rodzaju zapalenia i jego okresu. Dokładne badanie składników moczu pozwala śledzić następujące po sobie okresy sprawy. Wyjaśnia ono, dlaczego ustępują czasami tak szybko objawy ostrego zapalenia z ogromnymi obrzękami, a także i to, dlaczego dzieci znoszą tak dobrze niektóre postacie przewlekłe zapalenia nerek. Badanie to daje nam jednocześnie wskazówki prognostyczne. Przy przepuszczalności prawidłowej, nie ma żadnych powodów do obawy; przy zatrzymaniu chlorków grożą obrzęki, przy zatrzymaniu mocznika i w postaciach skombinowanych występują jeszcze groźniejsze objawy. Omawiając w końcu dyetę, autorowie wyrażają przekonanie, że mleko w ostrych zapaleniach nerek jest najlepszym pokarmem. Szczędzi ono nerki, wprowadza do ustroju najmniej substancyi toksycznych. W zapaleniach podostrych i przewlekłych, jako bardziej wycieńczających ustrój, musi być mleko jednakowoż zastąpione przez dyetę bezsolną lub podazotową.

L. Mańkowski.

Galisch. **W sprawie leczenia dzieci chorych na krztusiec.** (Mediz. Klinik, 1912. Nr 12). Autor jest przeciwny internowaniu i leczeniu chorych na krztusiec w osobnych zakładach, gdyż doświadczenie uczy, że dzieci zapadające na krztusiec sporadycznie o wiele łatwiej przebywają krztusiec, niż tam, gdzie ich więcej naraz choruje. Objaw ten tłomaczy G. przepełnieniem powietrza zarazkami krztuśca. Dziecko chore na krztusiec powinno wiele przebywać na wolnem powietrzu, a mniej w pokoju, jeżeli zaś musi pozostać w mieszkaniu (niepogoda), to powinno mieć dwa pokoje, by po jednym napadzie krztuśca przenieść je można do drugiego pokoju, a tamten dobrze tymczasem wywietrzyć. Że nagromadzenie się zarazków w powietrzu ujemnie działa na przebieg choroby, widzimy też np. w zwykłym zakaźnym nieżycie nosa. I ten przebiega łatwiej i prędzej przy przebywaniu na wolnem powietrzu i przy częstej zmianie chustki do nosa. Mondschein.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 6 maja 1912.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia rozprawę p. Zygmunta Ziembickiego: **Badania doświadczalne nad ćwiczeniem pamięci.** Autor podaje przyczynek doświadczalny do rozwiązania zagadnienia, czy ćwiczenie określonej funkcyi pamięciowej odbija się na sprawności innych funkcyi pamięciowych. Zagadnienie to, po części rozwiązane przez Neumanna, wymaga wielostronnego sprawdzenia. Autor ćwiczył u 4 osób badanych specyalną funkcyę pamięci:

zapamiętywania barw; następnie sprawdzał, czy wpływ tego ćwiczenia odbija się na funkcyi możliwie mało pokrewnej pod względem materyału, mianowicie na zapamiętywaniu szeregów głosek słyszanych. Wyniki wykazały u 3 osób pewien rozwój tej drugiej funkcyi pod wpływem ćwiczenia pierwszej.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę, wykonaną wspólnie z p. Dr Henrykiem Malarskim: **Anhydro-β-filotaonina.** Ciało to wytwarza się przez działanie kwasu stężonego solnego na sole alkachlorofilu. Anhydro-β-filotaonina stoi w takim stosunku do β-filotaoniny, jak laktam do odpowiedniego kwasu. Oprócz układu laktamowego anhydro-β-filotaonina zawiera też conajmniej jeden układ karboksylowy. Skład jej odpowiada wzorowi $C_{36}H_{36}N_4O_6$. Wzór ten należy jednak uważać na razie tylko za tymczasowy obraz stosunków różnych pierwiastków w cząsteczce anhydro-β-filotaoniny.

3) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Tadeusza Kleczkowskiego: **Badania nad rozwojem tkanki podstawowej nerwu wzrokowego.** Autor dokonał badań histologicznych nad rozwojem nerwu wzrokowego na zarodkach świni; badania te rozciągnął również do nerwów wzrokowych zarodków ludzkich, pochodzących głównie z drugiej połowy ciąży. Wyniki badań można zebrać w następujący sposób: 1) W najwcześniejszych okresach rozwojowych, gdy nerw wzrokowy przedstawia ściśle nabłonkową budowę, autor zauważył obecność charakterystycznych komórek, posiadających w protoplazmie liczne ziarna, barwiące się barwikami jądrowymi. Podobne komórki Seefelder spostrzegał dawniej w zarodkowej siatkówce i przypisywał im zdolność wytwarzania ciałka szklistego. Spostrzeżenie przez autora komórek Seefeldera w nerwie wzrokowym można wytłómaczyć pochodzeniem z jednakowego podłoża zarówno komórek siatkówki, jak i nerwu wzrokowego. Komórki siatkówki mogą wytwarzać ciałko szkliste, tej czynności nie można zaś przypisać komórkom, położonym w nerwie wzrokowym. 2) Płaszcz obwodowy neuroglii zdaniem autora powstaje przed wrośnięciem do nerwu wzrokowego włókien nerwowych; charakteryzuje się powstawaniem samoistnych śródkomorkowych przestrzeni. Przestrzenie te z biegiem rozwoju przemieniają się w międzykomórkowe. 3) Po zamknięciu się światła nerwu wzrokowego autor zauważył obrazy, przemawiające za przesuwaniem się komórek neuroglii ze środka nerwu ku jego obwodowi. 4) Tkanka podstawowa nerwu wzrokowego jest zarówno ektodermalnego jak mesodermalnego pochodzenia. 5) Autor nie mógł stwierdzić obecności błon granicznych, oddzielających mesodermę od ektodermalnych elementów nerwu. 6) Podczas rozwoju naczyń krwionośnych w nerwie autor zauważył łączność naczyń z otaczającą neuroglią, przemawiającą również przeciwko obecności błon granicznych okołonaczyniowych. 7) Prócz typowego wzrostu naczyń w nerwie autor spostrzegał również wzrost atypowy, podczas którego w danym okresie rozwojowym naczynie przedstawiało się jako bezjądrowy stylik, przechodzący w pęcherzykowate rozdęcie.

4) Czł. K. Kostanecki przedstawia pracę p. Stanisława Powierzy: **Zmiany w budowie dróg rodnych myszy w życiu pozamacicznem.**

5) Czł. J. Nusbaum przesyła pracę p. Rudolfa Weigla: **Badania porównawczo-cytologiczne nad aparatem Golgi-Kopscha i nad jego stosunkiem do innych struktur w komórkach somatycznych i płciowych u różnych zwierząt.** Aparat Golgi-Kopscha istnieje w komórkach wszystkich tkanek u zwierząt kręgowych i bezkręgowych, dotychczas pod tym względem zbadanych. Morfologiczne wykształcenie aparatu we wszystkich komórkach ciała u kręgowców jest zasadniczo jednakowe, u różnych zwierząt bezkręgowych przedstawia atoli rozmaite stosunki. U kręgowców, zwłaszcza w komórkach somatycznych, aparat nie ma związku z mitochondriami.

6) Czł. M. Siedlecki zdaje sprawę z pracy p. M. Konopackiego p. t.: **Zmiany mikroskopowe, które występują podczas cytolizy, wywołanej w jajach jeżowców zapomocą różnych czynników chemicznych.** Autor wywoływał procesy cytolityczne w jajach jeżowców zapomocą benzolu, chloroformu i kilku kwasów tłuszczowych jednozasadowych. Zmiany, występujące w jajach po działaniu chloroformu i benzolu, polegały na rozszczepieniu się plazmy na dwie substancye, z których jedna drobnoziarnista, barwiąca się eozyną, wypływała z jaja po wytworzeniu błony, druga zaś ulegała pęcznieniu, przybierając piankową strukturę o dużych pęcherzykach. Chromatyna jądrowa ulegała rozpuszczeniu; przez pękającą błonę cała substancya jądrowa wypływała do plazmy. W jajach, które błony nie wytwarzały, jakkolwiek występował rozpad plazmy na dwie substancye, jednak żadna nie wypływa z jaja. Zmiany, występujące po działaniu kwasów tłuszczowych, polegały na przemieszczeniu się ku obwodowi jaja drobnych ziarenek, wybitnie barwiących się hematoksyliną, następnie na rozpadzie jaja na mnóstwo różnej wielkości kul plazmatycznych o prawie normalnej strukturze. Jądra dzieliły się kilkakrotnie nieprawidłowo, poczem zlewały się napowrót. Zmiany te występowały niezależnie od tworzenia się błony. Na podstawie tych doświadczeń autor proponuje, ażeby rozróżniano powyższe dwa rodzaje procesów; zmiany, występujące po pierwszej grupie czynników nazywa, jak dotychczas, cytolizą, inne zaś, występujące po kwasach tłuszczowych, nazywa cytoschizą.

(Przedmiot 12 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza zakres »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 15. maja 1912.

Przewodniczący prezes Dr Janiszewski. Obecnych członków 55.

1) W związku z odczytami z zakresu balneologii postawił profesor Dr Braun szeroko umotywowany wniosek, aby się domagać u rządu systemizowania katedry balneologii, której brak w wykształceniu lekarzy bardzo się daje odczuwać. Wniosek ten Towarzystwo lekarskie uchwaliło. Obecny na posiedzeniu Prof. Klecki zawiadamia, iż podobny wniosek Wydział lekarski U. J. uchwalił.

2) Dr Szymanowski: **O anafilaksyi.** Prelegent w wyczerpującym odczycie przedstawił historyczny rozwój nauki o anafilaksyi, symptomatologii wstrząsu anafilaktycznego oraz zmiany, jakie pod wpływem uczulenia powstają w rozmaitych właściwościach wstrząsu. Następnie omówił t. zw. toksyczność surowic odpornościowych, anafilaksyę bierną i antyanafilaksyę. Przechodząc wreszcie do prób wykrycia względnie otrzymania »in vitro« substancyi wywołujących wstrząs (anafilatoksyna Friedbergera), rozpatrzył teoretyczną stronę nauki o nadwrażliwości, zwłaszcza stosunek jej do nauki o odporności wogóle oraz związek, ujawniający się w ostatnich czasach pomiędzy nadwrażliwością i zjawiskami serologicznemi z jednej strony, a chemią ciał białkowych i koloidów z drugiej. (Odczyt będzie w całości ogłoszony drukiem).

Zastępca sekretarza dorocznego: Dr Sikorski.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 20 lutego 1912.

1) St. Klein przedstawił **śledzionę granulomatyczną**; jest ona 4 razy powiększona, na powierzchni jej widać guzowatości, zależne od wzrostu samej tkanki; na przekroju wygląda porfirowo, dużo guziczków szarawych.

2) J. Czarkowski i S. Kijewski przedstawili chorą, operowaną przed 4 laty z powodu **raka kiszek**; chora dotychczas czuje się dobrze.

3) Otto: **Zmiany w sercu w ostrym i przewlekłym alkoholizmie**. Wnioski swoje prelegent oparł na własnych doświadczeniach. Do doświadczeń nad ostrym alkoholizmem użył 8 psów; psy otrzymywały jednorazowo wyskok w dawkach następujących: a) 2 psy po 2 cm³, b) 2 psy po 4 cm³, c) 2 psy po 6 cm³, d) 2 psy po 8 cm³. Do doświadczeń nad alkoholizmem przewlekłym użyto 10 psów, które otrzymywały po 2 cm³ wyskoku na kilogram wagi. Wyskok rozcieńczano podwójną ilością wody i wprowadzano do żołądka zapomocą cewnika. Naogół psy znosiły alkohol dobrze. W doświadczeniach nad ostrym alkoholizmem w grupie a) nie znaleziono żadnych zmian ani w mięśniu sercowym, ani w naczyniach krwionośnych, ani w zwojach nerwowych; w grupie b) zauważono nieznaczne zmętnienie miąższowe w niektórych komórkach mięsnych i zanik jądra w komórkach zwojowych; w grupie d) znaleziono dość silnie wyrażone zmętnienie miąższowe komórek mięsnych i wybitny zanik jądra z przesunięciem go ku obwodowi, zmętnienie miąższowe w komórkach nerwowych. Psy wyliczonych grup zabijano przez ukłucie w rdzeń przedłużony w okresie najsilniejszego działania wyskoku, a psy grupy c) po 4 dobach; w ostatniej grupie zmian żadnych w sercu nie wykryto. W doświadczeniach nad alkoholizmem przewlekłym z 3 psów zabito po jednym w 2, 3 i 6 miesięcy od chwili zaprzestania podawania im wyskoku po alkoholizowaniu ich przez 10, 12 i 6 miesięcy. Pozostałe psy padły w okresie alkoholizowania. W tej grupie wykryto zmiany w mięśniu sercowym, naczyniach krwionośnych, zwojach nerwowych i wsierdziu. Zmiany w mięśniu sercowym są miąższowe i śródmiąższowe. Zmiany miąższowe polegają na silnem zmętnieniu miąższowem, prowadzącem do zamierania komórek mięsnych; po dwumiesięcznym okresie bezalkoholowym zamierania komórek mięsnych nie zauważono, a po 6 miesiącach mięśnie przedstawiały budowę prawie prawidłową. Oprócz zmian powyższych w okresie alkoholizmu przewlekłego stwierdzono zwyrodnienie tłuszczowe komórek mięsnych; po 3 miesiącach nie zauważono tłuszczu ani razu. Zmiany śródmiąższowe polegają na nieznacznym nacieku i bujaniu komórek stałych tkanki łącznej, co w okresie bezalkoholowym doprowadza w końcu do wytwarzania się blizn. Zmiany w naczyniach krwionośnych sprowadzają się przeważnie do silnego napęcznienia śródbłonka tętnic i żył mniejszego kalibru oraz naczyń włosowatych; śródbłonek głównego pnia tętnicy wieńcowej bez zmian widocznych; około drobnych żył dość obfite wylewy krwawe. W okresie bezalkoholowym śródbłonek tętnic bez zmian, w żyłach organizacya zakrzepów krwi, brak wylewów krwawych. W zwojach nerwowych stwierdzono zanik i przemieszczenie jądra ku obwodowi komórki, zjawianie się wakuol, zwyrodnienie tłuszczowe, zamieranie i zmętnienie miąższowe. W okresie bezalkoholowym po 2 miesiącach przeważa zmętnienie i bujanie stałych komórek tkanki łącznej w tej części zwoju, gdzie komórki uległy martwicy. W późniejszym okresie bezalkoholowym zauważono w wielu zwojach różnej wielkości blizny obok nielicznych prawidłowych lub pokurczonych komórek nerwowych. Zmiany wsierdzia polegają na tworzeniu się skrzepów, które następnie ulegają organizacyi.

W dyskusyi wyraża Pawiński zdanie, że działanie wyskoku tak pod względem farmakodynamicznym, jak i anatomo-patologicznym nie zostało jeszcze w zupełności wyjaśnione. Zmętnienie miąższowe, a później stłuszczenie włókien mięsnych serca spotyka się i u ludzi, nadużywających wyskoku; zmiany te znikają, o ile użycie alkoholu zostało wstrzymane, a zwyrodnienie włókien nie było daleko posunięte. Wnosić o tem można z ustępowania nieraz ciężkich objawów niedomogi serca. Wyskok wywiera również szkodliwy wpływ na naczynia; według jednych autorów nadużycie wyskoku wiedzie do stwardnienia tętnic, podług innych, do stłuszczenia naczyń. Według mówcy wyskok odgrywa pewną rolę w etyologii stwardnienia tętnic; ze statystyki P., opartej na 4000 przypadków z praktyki prywatnej na nadużycia wyskoku przypada przeszło 5%, gdy tymczasem na nadużycia tytoniu — 10,6%; jeśli jednakże uwzględnić przypadki, w których prócz wyskoku istniały i inne nadużycia, a zwłaszcza tytoń, wtedy odsetka jest znacznie wyższa, bo do 23,3%. Z tego okazuje się, że czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu stwardnienia naczyń, jest połączenie wyskoku z innymi czynnikami, jak nikotyna, w słabszej mierze otyłość, przymiot i t. p., podobnież przypuszczać należy, że duża odsetka, przypadająca w etyologii miażdżycy na wyskok u ludzi, pracujących fizycznie, zależy nie tyle od samego wyskoku, ile od współdziałających wysiłków fizycznych, które wiodą do wzmożenia ciśnienia krwi.

St. Kopczyński zaznacza, iż ze względu na to, że komórki nerwowe w zwojach nerwu współczulnego odznaczają się niejednolitością tak w budowie wewnętrznej, jak i w przyjmowaniu barwników, przeto w ocenie wyników badań prelegenta zaleca krytycyzm i ostrożność.

A. Sokołowski spostrzega stale wśród chorych szpitalnych z zaburzeniami krążenia 2 typy: młodszych ze stłuszczeniem, starszych ze stwardnieniem naczyń; jeśli u młodszych występuje miażdżyca, to przyczyną jej jest najpewniej alkoholizm.

Otto wyjaśnia, że zmiany w aorcie i jej rozgałęzieniach będą przedmiotem oddzielnego odczytu; że u zdrowych psów prawidłowo w komórkach zwojów serca żadnych zmian w rozmieszczeniu ciałek Nissla i jądra nie zauważono, a więc zboczenie od normy uważa za objaw patologiczny; że w etyologii stwardnienia tętnic w młodym wieku na pierwszem miejscu postawić należy przymiot, a potem dopiero alkoholizm i nikotynizm.

Posiedzenie kliniczne z d. 28 lutego 1912 r.

R. Hertz: **W sprawie marskości wątroby pochodzenia gruźliczego.** Klinicyści niemieccy doszukują się podstawy etyologicznej marskości wątroby prawie wyłącznie w nadużyciu alkoholu, rzadziej upatrują przyczynę jej w zakażeniu zimniczem lub przymiotowem. Natomiast spostrzeżenia badaczów francuskich zdają się przemawiać za tem, iż czynnikiem przyczynowym marskości wątroby bywa często gruźlica. Marskość wątroby pochodzenia gruźliczego nie stanowi jednostki chorobowej jednolitej pod względem klinicznym i anatomo-patologicznym, lecz zależnie od siły zakażenia i odporności ustroju przebiegać może pod tą lub inną postacią. Podobnie jak w marskości alkoholicznej sprawy degeneracyjne komórek miąższowych idą zazwyczaj w parze ze sprawami przerostowemi tkanki łącznej, tak samo i tu obie tkanki są zajęte jednocześnie, ale nie w tym samym stopniu. Im zakażenie jest silniejsze, tem bardziej występują na plan pierwszy objawy zwyrodnienia komórek, tem ciężej i szybciej przypadek przebiega pod względem klinicznym; przeciwnie, im ustrój jest odporniejszy, a siła zakażenia słabsza, tem więcej istnieje szans, że sprawa przerostowa przeważy nad sprawą degeneracyjną.

Rozpoznanie kliniczne opierać się będzie na wywiadach i danych badania ogólnego (dziedziczność, gruźlica innych narządów, gorączka) oraz na szeregu badań pomocniczych (inoskopia itp.). Prelegent omawia pokrótce dwa własne spostrzeżenia kliniczne oraz podaje dokładny opis anatomo-patologiczny jednego przypadku marskości wątroby pochodzenia gruźliczego.

Posiedzenie kliniczne z d. 5. marca 1912 r.

1) Wiśniewski przedstawił chorą z **lues tarda serpiginosa.**

2) Rzętkowski: **Zasady leczenia stwardnienia tętnic.** Prelegent wyjaśnia przedewszystkiem rolę serca i naczyń w czynności dostarczania nieprzerwanego prądu krwi

do narządów, co odbywa się dzięki temu, że tętnice posiadają zdolność czynnego zmieniania swego światła. W stwardnieniu tętnic ta zdolność ulega coraz większemu zanikowi, a w związku z tem słabnie i wydajność czynnościowa narządów. Serce musi wyrównywać czynność układu tętniczego, słabnie przeto coraz bardziej i zmniejsza zapas swej siły skurczowej, wreszcie powstaje niedomoga serca. W rozwoju sprawy stwardnienia tętnic pod względem klinicznym Rz. odróżnia 2 okresy: »stadium evolutionis insufficientiae cardiovascularis« oraz »st. affectionum organorum«. W okresie pierwszym spotykamy się najczęściej z rozlanem cierpieniem ścian tętnic, zwłaszcza drobnych. W okresie drugim przeważa miażdżyca (atheromatosis) tętnicza, będąca następstwem wzmożonego ciśnienia lub wpływów toksycznych. Właściwie okres pierwszy nie odcina się ostro od drugiego. W okresie pierwszym spotykamy się najczęściej z wzmożonem ciśnieniem tętniczem, w okresie drugim na plan pierwszy występują cierpienia narządów. Rz. omawia zasady leczenia stwardnienia tętnic w okresie pierwszym. Przedewszystkiem należy przeciwdziałać wzrastaniu ciśnienia, a następnie dążyć do utrzymania sprawności mięśnia sercowego oraz uregulować pracę narządów. Co do leczenia dyetetycznego, to Rz. dochodzi do wniosku, że istotnie dyeta roślinno-mleczna jest z wielu względów najbardziej wskazana. Z leków na pierwszem miejscu stawia jod pod postacią jodku sodowego, inne zaś przetwory jodu uważa za bezskuteczne; jako skutek podawania jodu R. stwierdzał często zmniejszanie się ciśnienia, zwłaszcza w okresie lekkiej jodzicy, której nie uważa za przeciwwskazanie do stosowania leku. Za przeciwwskazanie natomiast uważa występowanie objawów ze strony tarczycy, co zdarza się często u kobiet w okresie przekwitania. Działanie azotynów R. uważa za niepewne, a ich skutek za wątpliwy lub co najmniej za krótkotrwały. Srodki sercowe, podawane zwłaszcza otyłym z powodu objawów niedomogi serca, uważa za szkodliwe. Natomiast widział dobre skutki z podawania diuretyny. Pomyślny skutek wywierają środki czyszczące (solne), oraz wody czyszczące. Dalej omawia leczenie balneoterapeutyczne, kąpiele z kwasem węglowym, kuracye terenowe; odmawia wszelkiej swoistości miejscowości leczniczej Nauheim. W końcu porusza sprawę wyleczalności stwardnienia tętnic; choroba ta nie jest wyleczalna, ale skutki leczenia są nieraz doskonałe. Zazwyczaj zaczynamy ją leczyć późno, gdyż początki choroby godzą się z wymaganiami życia i nie przestraszają chorych, którzy uważają je za zwykłe objawy »starzenia się« i dopiero wówczas udają się do lekarza, gdy wystąpią zaburzenia ze strony narządów (serca). I w tym jednak okresie udaje się nieraz osiągnąć znakomite polepszenie.

W dyskusyi zaznacza Pawiński, że zwiększone napięcie tętnicze, uważane za najważniejszy i wczesny objaw stwardnienia, nie da się objaśnić wyłącznie warunkami mechanicznymi. We Francyi zrodziła się myśl, że wzmożenie ciśnienia zależy od pewnych ciał trujących, powstających w ustroju wskutek wadliwej przemiany materyi, a posiadających własność zwężania drobnych naczyń. Zadaniem więc leczenia będzie dyeta mleczna i roślinna, oraz podtrzymywanie czynności wątroby i nerek. Drugim czynnikiem w powstawaniu stwardnienia tętnic są wydzieliny gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, które, dostawszy się do obiegu krwi w nadmiernej ilości, wywołują skurcz naczyń i zwiększenie ciśnienia. Ponieważ nie znamy jeszcze bliżej warunków powstawania tych zjawisk, nie możemy na nich opierać leczenia. Czasami jednak udaje się przez wzmocnienie sprawności gruczołów-antagonistów (podając ich wyciąg) zmniejszyć wzmożone napięcie naczyniowe. Do zasad leczenia należy też zapobieganie zwiększeniu pracy odpowiednich narządów (mózg, serce, nerki) przez zastosowanie przepisów higienicznych (wypoczynku). Wreszcie unikać należy czynników, których wpływ szkodliwy na naczynia wątpliwości nie ulega, jak nikotyna, wyskok.

Hewelke zwraca uwagę, że prelegent przedstawił sprawę zaburzeń w stwardnieniu tętnic jako od początku wynik zboczeń w mechanizmie krążenia; tymczasem w początku mamy tu na pierwszym planie zaburzenia toksyczne; stąd powodzenie leczenia dyetetycznego. Nie uwzględnia też R. stanu nerek, które mają być pierwotnem siedliskiem choroby. Stan presklerozy Hucharda to jest właśnie okres początkowy cierpienia, gdzie niema widocznych zmian anatomicznych, a istnieją zmiany czynnościowe. O działaniu jodu, obniżającem ciśnienie, wielu autorów powątpiewa; ma on działać przez zmniejszenie lepkości krwi. Jod nie jest wskazany w pierwszym, a zwłaszcza przedwstępnym okresie, lecz dopiero gdy następują zmiany anatomiczne. We wczesnych okresach należy stosować obok dyety azotyny; szybkość i nietrwałość ich działania można dawkować, podobnie jak jodu, który również wydziela się bardzo szybko. Co do leczenia terenowego w stwardnieniu tętnic należy zachować ostrożność; serce wymaga tutaj oszczędzania. R. zbyt ściśle łączy stwardnienie tętnic z otyłością; w umyśle H. tkwi raczej wyobrażenie przeciwne, częściej osób szczupłych, zwłaszcza mężczyzn.

A. Sokołowski zwraca uwagę na leczenie poczynającego się stwardnienia tętnic; nie jest to choroba wyłącznie ludzi starszych; przeciwnie, zaczyna się wcześnie, a etyologia jej jest bardzo złożona; poza wyskokiem i tytoniem muszą istnieć inne czynniki usposabiające. Do czynników takich S. zalicza wyczerpujące życie społeczne, wysiloną pracę umysłową, ciężkie warunki bytu. Leczenie polegać będzie na nawoływaniu do życia higieniczniejszego, umiarkowanego użycia sportu i kąpieli, zmiany odżywiania. W tych właśnie przypadkach odpoczynek nad morzem lub w górach stanowi bardzo ważny czynnik leczniczy; stąd powodzenie zakładów przyrodoleczniczych.

E. Zieliński nadmienia, że: 1) niezawsze wzmożone ciśnienie towarzyszy stwardnieniu tętnic; 2) wzmożenie ciśnienia wtedy tylko następuje, gdy stwardnienie dotyka naczyń obwodowych i wzmaga przez to opór; 3) tym oporem na obwodzie można wytłómaczyć wzmożoną czynność serca i następczy przerost mieśnia sercowego; 4) nie dowiedziony jest wpływ dobroczynny jodu na zmiany w ścianach naczyń; 5) natomiast inne metody lecznicze (Trunecka, D'Arsonvallea) mogą światłu naczyń przywrócić dawny kaliber; 6) sprawa stwardniająca niekoniecznie obejmuje wszystkie naczynia, może dotknąć jedynie pewną ich liczbę, a przeto niekoniecznie wiedzie do zmian w sercu; 7) nie należy zacieśniać etyologii stwardnienia tętnic do palenia tytoniu, nadmiernego jedzenia lub przepracowania, nie wolno bowiem zapominać, że stwardnienie tętnic widział Thorna u 5-letniego, a Kaufmann u 15-letniego osobnika, że wśród przyczyn wywołujących miażdżycę, są prawie wszystkie ostre sprawy zakaźne, oraz zatrucia przewlekłe; 8) wreszcie nie należy stawiać zbyt ścisłej granicy pomiędzy stwardnieniem tętnic a miażdżycą; miażdżyca jest jedynie dalszym ciągiem tej samej sprawy i może istnieć jednocześnie zwapnienie z owrzodzeniem blaszek, a żadna metoda rozpoznawcza nie wykaże, czy sprawa weszła już, czy jeszcze nie, w ten okres późniejszy.

Trzciński zgadza się z prelegentem co do niewłaściwości rozmaitych przetworów jodowych poza jodkiem potasowym i sodowym. Jodyzmu można prawie uniknąć, podając lek na pusty żołądek.

Knappe twierdzi, że stwardnienie serca odbija się najwcześniej na stanie serca. Rozróżnia 2 okresy: wczesny z przerostem serca, co stwierdzić można zapomocą opukiwania i mierzenia stłumienia centymetrem (według mówcy prawidłowy wymiar stłumienia bezwzględnego wynosi 7 ctm); w tym okresie serce, prócz oszczędzania i wypoczynku, innych środków nie potrzebuje. W drugim okresie w mięśniu sercowym wskutek wadliwego odżywiania następują zmiany wsteczne — niedomoga serca i nierówność tętna. Tu stosować należy kamforę i naparstnicę. Umiarkowane ilości wyskoku porażają układ naczynioruchowy, a więc naczynia tracą swe napięcie, przysparzając pracy sercu;

ruchy naczyń stają się bezładne, usposabiają do udaru; stąd częstość napadów udarowych pod wpływem wyskoku. A. Landau za wczesne objawy stwardnienia tętnic uważa mocne, wypuklające uderzenie końca serca oraz podmuchy i szmery u podstawy serca, przy aorcie i na rękojeści mostka. W sprawie etyologii zwraca uwagę na zmiany w czynności płciowej, zwłaszcza u kobiet. Oddzielenie kliniczne stwardnienia (arteryosklerozy) od miażdżycy (ateromatozy) jest wprost niemożliwe. W leczeniu najpewniejsze są środki czyszczące i dyeta mleczna. O swoistem działaniu jodu L. się nie przekonał. Prócz przypadków z podniesionem ciśnieniem istnieją przypadki, w których ciśnienie jest obniżone, tętnice na obwodzie są wiotkie, a sprawa umiejscawia się w tętnicach wieńcowych.

Posiedzenie kliniczne z d. 19 marca 1912 r.

H. Higier: **Z metodyki badania inteligencyi u dzieci umysłowo chorych.** H. rozpatruje elementarne metody badania psychologicznego, pozwalającego z grubsza rozklasyfikować dzieci nienormalne w pierwszych latach ich życia i w okresie przedszkolnym. Najłatwiej stwierdzić idyotyzm prawdziwy, trudniej głuptactwo, a najtrudniej słabe stopnie niedorozwoju. Wystarcza naogół zbadanie czterech głównych czynności intelektualnych: pamięci, zdolności wytwarzania pojęć, zdolności kombinacyjnej czyli sądzenia i sfery uczuciowej. O zdolności pamięciowej daje pojęcie bogactwo obrazów pamięciowych, nagromadzonych w poszczególnym wieku, badanie rozwoju mowy i pamięci przy mechanicznem powtarzaniu liczb. Badając wyobrażenia tak zw. ogólne i jednakowe, przekonywamy się o zdolności wytwarzania pojęć; w tym celu stawiamy pytania rodzajowe i gatunkowe, żądamy określenia lub odróżnienia bardziej znanych przedmiotów, wreszcie pojęć abstrakcyjnych powszednich. Pomocne jest również badanie wyobrażeń czasu, liczb i barw. Aby rozpoznać zaburzenia w sądzeniu i kojarzeniu pojęć, uciekamy się do badania t. zw. asocyacyi samoistnych, do prób czytania tekstu z opuszczeniami, do krytykowania szeregu zdań, zawierających jakiś nonsens, wreszcie do rozwiązania łatwego zadania z arytmetyki początkowej. Przy badaniu sfery uczuciowej dzieci umysłowo upośledzonych, natrafiamy często na brak uczuć, towarzyszących pojęciom oderwanym natury emocyjnej, złe skłonności, otępienie moralne i estetyczne, egoistyczno-zmysłowy kierunek myśli i pragnień. O ile przypadki niedorozwoju umysłowego dostarczają osobników pozaspołecznych, o tyle niedorozwój moralny tworzy zastępy przeciwspołeczne. H. poddał krytyce metodę prób (testów) Bineta. Wreszcie przedstawił metodę badania dzieci starszych, umysłowo niedorozwiniętych, na pokazach oryginalnych prof. Weyganda.

W dyskusyi podnosi St. Kopczyński doniosłość wykrywania wśród młodzieży szkolnej dzieci mało zdolnych; za najużyteczniejszą K. uważa metodę obrazkową.

Posiedzenie kliniczne z d. 26 marca 1912.

1) J. Wojciechowski przedstawił uproszczony **sposób wykrywania arsenu;** otrzymany płyn wlewamy do przyrządu Marsha, dodajemy odpowiednią ilość rozcieńczonego kwasu siarczanego i czystego cynku metalicznego, a otwór, przez który wychodzi wodór, zatykamy lekko watą sublimatową (1%); najmniejsze ilości arsenu nadają wacie barwę żółto-kanarkową aż do brunatnej, która zależy od arsenianu rtęci.

2) Turzański (z Iwonicza): **Balneoterapia w świetle obecnej nauki lekarskiej z uwzględnieniem działania wód Iwonickich.** Wspomniawszy o najnowszych zdobyczach chemii fizycznej w zakresie badania wód mineralnych i promieniotwórczości zdrojów, prelegent omówił skuteczność wód solankowych, w szczególności Iwonickich, w chorobach narządów trawienia, w zołzach, przymiocie, marskości nerek, cierpieniach serca, naczyń i narządów płciowych kobiecych.

3) J. M. Judt: **Badania porównawcze narządów klatki piersiowej (płuc) rentgenograficzne i anatomopatologiczne.** Prelegent przedsięwziął badania rentgenograficzne zwłok bezpośrednio przed sekcyą (przeszło 400 przypadków). Na licznym szeregu diagramów przedstawia rozmaite cierpienia klatki piersiowej, mianowicie płuc i dochodzi do wniosku, że rentgenografia dzisiejsza jest wiernem odbiciem patologii płuc, oczywiście w granicach praw fizycznych. Tyczy się to zwłaszcza gruźlicy, szczególniej wczesnych jej okresów, gruźlicy starczej, gruźlicy gruczołów oskrzelowych, ognisk okołooskrzelowych i gruźlicy prosówkowej. Z innych postaci chorobnych wymienia: zapalenie płuc krupowe, wysięki opłucne, odmę piersiową, ropnie i zgorzel płuc, guzy pierwotne i przerzutowe, wreszcie u niemowląt nieżyt płuc.

4) Czesław Stankiewicz: **O cięciu brzusznem poprzecznem (sposobem Pfannenstiela).** Bodźcem do zastosowania cięcia brzusznego poprzecznego było częste występowanie przepukliny po cięciu podłużnem oraz względy kosmetyczne. Technika sposobu Pfannenstiela jest następująca: Cięcie skórne nieco łukowate ponad spojeniem łonowem, przecięcie tkanki podskórnej, cięcie powięzi poprzeczne o 1—2 cm wyżej od cięcia skórnego, oddzielenie powięzi od mięśni na tępo i otwarcie jamy otrzewnej w kierunku podłużnym. Ranę zaszywa się szwem czteropiętrowym podług specyalnych zasad. Opatrunek S. zmienia 6. dnia, szwy usuwa 8. dnia. Przebieg gojenia zwykle jest doskonały. Cięcie poprzeczne jest przeciwwskazane w tych przypadkach, w których można przewidzieć, że zabieg będzie długotrwały, oraz tam, gdzie przypuszczamy obecność ropy w jamie brzusznej, wreszcie w przypadkach większych guzów. Do cięcia poprzecznego nadają się przedewszystkiem chore o powłokach zwiotczałych, oraz chore o powłokach jędrnych z niezbyt bogatą podściółką tłuszczową, przyczem w celu osiągnięcia wyniku kosmetycznego należy bliznę ukryć we włosach lub robić cięcie w jednym z fałdów skórnych. Od 1908 r. do połowy 1911 r. S. wykonał cięcie poprzeczne Pfannenstiela 120 razy (na 407 laparotomii) w przypadkach wycięcia macicy, guzów (21), tyłozgięcia macicy (79), raka macicy (2), skrócenia więzadeł obłych (2). W 18 przypadkach usunął tą drogą wyrostek robaczkowy, ale obecnie trzyma się poglądu, że należy tu wykonywać zasadniczo cięcie podłużne. Z 120 chorych operowanych wyzdrowiało 117, zmarło 3 (2 na zapalenie krupowe płuc, 1 na gnilne zapalenie oskrzeli). Powikłania w gojeniu się rany są rzadkie. S. dochodzi do wniosku, że cięcie Pfannenstiela nie może być stosowane szablonowo, nie zastępuje cięcia podłużnego, gojenie rany odbywa się równie szybko, jak po cięciu podłużnem, cięcie poprzeczne daje małą odsetkę następczych przepuklin, a wyniki pod względem kosmetycznym są bez zarzutu.

W dyskusyi dodaje H. Altkaufer, że chore po cięciu Pfannenstiela mogą już w dniu operacyi zmieniać dowolnie położenie ciała, że wymioty i kaszel nie działają ujemnie na gojenie się rany, że chore jego już na 7—8 dzień po operacyi chodziły, że swym chorym zdejmuje klamerki i haczyki Herffa już na 6—7 dzień.

Sławiński twierdzi, że blizny po cięciu poprzecznem są ładniejsze, oraz pewniejsze co do przepuklin. Cięcie Pfannenstiela jest zabiegiem mozolnym i często nie wystarcza wobec guzów większych. St. używa pewnej modyfikacyi i przecina powięź w smudze białej na dowolnej długości do pępka, a dla uniknięcia t. zw. pustych przestrzeni przeprowadza kilka szwów poprzecznie poprzez skórę i powięź na przestrzeni smugi białej i wiąże je ponad wałkiem z gazy.

Ryłko sądzi, że operujący nie może przewidzieć, czy nie znajdzie niespodzianek w jamie brzusznej, które mogą wymagać przedłużenia cięcia; przeto uważa cięcie podłużne za najracyonalniejsze. Cięcie Pfannenstiela R. pozostawiłby jedynie dla operowania ciąży zewnątrzmacicznej lub dla operacyi, mających na celu poprawę położenia macicy.

Wertheim przypomina, że przed 12 laty ś. p. Krajewski pierwszy zaczął stosować cięcie poprzeczne do operacyi usuwania wyrostka robaczkowego i guzów kątnicy. W. spostrzegał kilkaset takich przypadków i nie przypomina sobie, aby widział kiedykolwiek przepuklinę ściany brzusznej. Metodę Krajewskiego W. opisał w swoim czasie w »Central. f. Chirurgie«, a Sprengel na zjeździe chirurgów w 1910 r. uwzględnił ją w odczycie swoim o cięciach poprzecznych. Dr T. Borzęcki.

41. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego

(Berlin 10—13 kwietnia 1912)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

7) Axhausen (Berlin). **O jałowej zgorzeli kości i chrząstek (osteochondritis dissecans i arthritis deformans).** Praca doświadczalna.

8) F. König (Marburg). **Wszczepianie kości słoniowej celem zastąpienia kości.** K. zaleca celem uzupełnienia wyciętych kości wszczepiać odpowiedni kawałek kości słoniowej (demonstracya żuchwy sztucznie uzupełnionej u chorej 68-letniej).

9) Heile (Wiesbaden). **O nadoponowych wstrzykiwaniach przy rwie kulszowej wywołującej skrzywienie kręgosłupa.** W przypadkach takich wstrzykuje H. ze skutkiem nadoponowo 100 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, w razie potrzeby kilkakrotnie, i osiąga wyleczenia.

10) Borhardt: **Ciekawsze przypadki operacyi rdzenia.**

11) Lexer (Jena). **Przyczynki do chirurgii plastycznej.** Kazuistyka.

12) Kocher (Berno). **Obraz krwi przy charłactwie tarczycznem.** Badano 155 przypadków. Obrazy analogiczne, jak przy chorobie Basedowa, zwiększona liczba limfocytów, a zmniejszona ciałek wielojądrzastych. Zachodzi ta różnica że przy chorobie Basedowa krzepliwość krwi jest zwolniona a przy charłactwie tarczyczem przyspieszona. Podawanie tarczycy polepsza tu zaraz stan krwi, a przy chorobie Basedowa pogarsza go.

13) Cloëtta (Zurich). **Przyczynki do fizyologii i patologii krążenia w płucach i ich znaczenie dla chirurgii śródpiersia.** Praca doświadczalna. Korzystne wyniki leczenia gruźlicy płuc odmą lub plastykami odnieść należy do lepszego ukrwienia płuc. U chorych osłabionych poleca C. stosowanie przy operacyach raczej ciśnienia ujemnego.

14) Kausch. **Operacya Freunda przy gruźlicy płuc.** K. zdaje sprawę z 9 przypadków (5 własnych). Wyniki wcale dobre. Operować należy tylko chorych, u których naciek sięga nie dalej, niż do 2. żebra.

15) Wilms. **Torakoplastyka przy gruźlicy płuc.** Do leczenia plastyką nadają się przypadki jednostronnej przewlekłej gruźlicy, ze skłonnością do zbliznowacenia. Gdy zajęty jest tylko płat górny, to W. operuje przy kręgosłupie żebro 5—6, a przy mostku 3—4, gdy zmiany większe, należy wyciąć kawałki z przodu z 5—6 żeber, z tyłu z 7—8. Im więcej jest zajęte płuco od dołu, tem rokowanie operacyjne gorsze, ew. operować trzeba kilkoczasowo. W przypadkach odpowiednio dobranych wynik po operacyi bywa znakomity.

16) Tiegel (Dortmund). **Operacyjne zakażenie opłucnej i sączkowanie klatki piersiowej.** Ponieważ zakażenie opłucnej przy torakotomiach jest dość częste, przeto T. zaleca nie postępować zbyt radykalnie, gdyż w wielu przypadkach znakomite usługi oddaje sączkowanie sączkiem wentylowym, podanym przez autora.

17) Sauerbruch (Zürich). **Chirurgia klatki piersiowej.** Przedstawienie chorych po operacyach w klatce piersiowej, po podwiązaniu tętnicy płucnej, przy rozszerzeniu oskrzeli, gruźlicy i t. p.

18) Steimann (Berno). **Nowy przyrząd do usypiania pod ciśnieniem.** Przyrząd łączy się ze zwykłym wodociągiem; użycie bardzo proste.

19) Thost (Hamburg) zaleca używać do **tracheotomii** kaniul owalnych, a nie okrągłych i wycinać z tchawicy część chrząstki celem lepszego wprowadzenia rurki i uniknięcia następowych zwężeń.

20) Läwen. **Wolna plastyka mięśniowa przy szyciu serca i wątroby.** Mięśnie nadają się znakomicie do plastyki wolnej, zwłaszcza tam, gdzie chodzi o wypełnienie ubytków. W 2 przypadkach ran serca użył L. mięśnia piersiowego do załatania rany mięśnia sercowego i skutek bezpośrednio był znakomity, choć potem chorzy zmarli z innych przyczyn. Podobnie zastosował L. tę plastykę raz przy postrzale wątroby i zaleca ją wykonywać w podobnych przypadkach przy zranieniach śledziony i trzustki.

W dyskusyi Wrede przestrzega przed takiemi przeszczepianiami, albowiem mięśnie ulegają łatwo zgorzeli, podobnie sądzi Kocher, który natomiast razem z innymi zauważył, że tkanki, położone na miejsca krwawiące, tamują szybko krwotok (trombokinaza?).

21) Lexer (Jena). **Zastosowanie wolnego przeszczepiania ścięgien.** Ścięgna nadają się znakomicie do zatykania wrót przepuklin, tworzenia pętli, więzadeł, wzmacniania szwów w linii ran brzusznych i t. p. W przypadkach, gdzie chodzi o ścięgno, zdatne do ruchu, trzeba wczas rozpocząć ruchy i unikać zetknięcia ścięgna ze skórą (a więc stosuje się wprowadzanie ścięgien pod podminowaną skórę, a nie z ran otwartych).

22) Sticker (Berlin). **Zastosowanie radu w chirurgii.** Doniesienie o korzystnych wynikach leczenia nowotworów. — W dyskusyi Werner zaleca w tym celu mesotor, Kolb antimeristem.

W końcu Homuth omawiał serodyagnostykę cierpień na tle gronkowców, Dreyer badanie żywotności drobnoustrojów zapomocą śródstawowego szczepienia u królika, Graff leczenie tężca śródżylnemi wstrzykiwaniami surowicy, Franke guz kostny. Engelken pokazał przyrząd do aspiracyi i wstrzykiwań, a Norten-Foft endoskop trójgrańcowy do oglądania wnętrza stawów bez ich otwierania.

Na wieczorze demonstracyjnym przedstawiał Jacques Joseph z Berlina swoje plastyki nosa, Levy Dorn polygramy, Immelmann typowe obrazy rentgenowskie z dziedziny chirurgii przewodu pokarmowego, Katzenstein i Klose plastyczne tworzenie więzadeł.

23) Schmeiden (Berlin). **Sprawy odrodcze w stawie biodrowym.** Staw biodrowy nawet po dużem wycięciu bardzo często się odtwarza, a to w ten sposób, że krętarz mały tworzy wtórorzędną główkę. Pamiętając o tem, powinniśmy przy operacyach stawu biodrowego postępować zawsze stanowczo, t. j. albo staw wycięty zbić celem osiągnięcia nieruchomości, albo też liczyć na staw wtórny. Najgorsze wyniki daje postępowanie chwiejne, gdy osiąga się stan pośredni, t. j. gdy nie następuje ani sztywność, ani utworzenie nowego stawu. Chcąc liczyć na staw nowy, trzeba operować ostrożnie podokostnie.

24) Wendel (Magdeburg). **Meningitis serosa circumscripta cerebralis.** Przypadek kazuistyczny.

26) Henschen (Zurich). **Rozpoznanie i operacya urazowych krwotoków podoponowych.** Krwotoki te powstać mogą z tętnic (art. meningea media, art. fossae Sylvii i carotis cerebralis) lub, co częściej, z żył (pęknięcia zatok, oderwania ziarn Pacchiona, uszkodzenia żyły szyjnej we-

wnętrznej i t. p.). Zestawienie 240 przypadków, z czego 166 operowanych, a w tem 68·1% wyleczeń.

26) Rehn (Jena). **Próby zastąpienia opony twardej.** R. zaleca używanie tłuszczowej tkanki podskórnej celem łatania opony, albowiem ona najmniej ulega zrostom i bliznowatemu kurczeniu się (pokazanie odpowiednich chorych). W dyskusyi zalecano do tego celu powięź szeroką i otrzewnę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Zjazd lekarzy rządowych w Austryi w Krakowie 23. do 26. czerwca 1912.

Zjazd lekarzy rządowych odbędzie się nieodwołalnie i stanowczo, udało się bowiem usunąć trudności, które zagrażały odroczeniem Zjazdu i stworzyć pomyślne dla Zjazdu warunki. Udział obcych lekarzy zapowiada się poważnie; tem liczniejszy też powinien być udział lekarzy naszych, którym przypada rola i obowiązek gospodarzy. Referaty i wykłady zapowiedziane na Zjazd dotyczą spraw tak doniosłych, że zająć powinny szerokie koła lekarzy, pracujących w zakresie higieny publicznej.

23. czerwca odbędą się obrady Wydziału Związku lekarzy rządowych; już jednak w tym dniu spodziewany jest przyjazd wielu obcych, tak, że oprócz zebrania wstępnego przedzjazdowego w niedzielę 23. wieczór już także na sobotę 22. wieczór wyznaczono punkt zborny dla uczestników (w restauracyi Hawełki na I piętrze). Szczegółowy program Zjazdu podany został w »Przeglądzie lekarskim« w Nrze 21, str. 388. Tu powtarzamy tylko, że w Zjeździe uczestniczyć może każdy lekarz; wkładka wynosi dla uczestników 10 kor., dla członków ich rodzin po 5 kor. Od 23. czerwca będzie otwarte biuro wywiadowcze dla uczestników w Domu Towarzystwa lekarskiego, a na dworcu kolei pełnić będą służbę członkowie Komitetu zjazdowego. Wszelkie pisma w sprawie Zjazdu przyjmuje Dr Gustaw Bielański, c. k. starszy lekarz powiatowy w Krakowie, ul, Studencka 15, a przesyłki pieniężne prof. Dr Dobrowolski w Krakowie, ul. Podwale 2.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dn. 12. VI. posiedzenie, na którem Dr Blassberg miał wykład: »O znakach rozpoznawczych zapalenia wyrostka robaczkowego« (część II).

— Krajowa Rada zdrowia odbyła dnia 8. VI. 1912 we Lwowie posiedzenie, na którem wydała opinię w sprawie okręgu sanitarnego w Borowej, ambulatoryum szpitala izraelickiego we Lwowie, podania gminy Delatyn stacyi klimatycznej i sanatoryum w Worochcie.

— Otrzymujemy następującą odezwę: »Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, które się odbyło w Krakowie dnia 7. maja b. r., uchwaliło jednogłośnie u wstępu do tegorocznego sezonu kąpielowego szerszym warstwom publiczności przypomnieć patryotyczny obowiązek popierania swojskich zdrojowisk i uzdrowisk. Sprawa ta tylokrotnie i z tylu punktów widzenia omawiana, że krótkich tylko a gorących słów potrzeba, aby rozgrzać do czynu, sprawa z drugiej strony tak zawsze piekąca i aktualna, że nigdy tych słów nie dosyć ku dobrej sprawy poparciu. Tylko te narody i społeczeństwa rozwinęły się szybko i wysoko, które prawa rozwoju oparły na solidarności wspólnej pracy wszystkich warstw w kierunku ekonomicznym, nie tracąc sił i czasu na krytyczną walkę wewnętrzną. Tylko też wtedy rozwinąć się może należycie nasze zdrojownictwo, gdy harmonijna praca zarządów zdrojowych i organizacyi balneologicznych poparta będzie szczerze przez szersze warstwy publiczności. Rozbieżne nieraz myśli skupić możemy w jedno czynów ognisko i skupimy je niewątpliwie, gdy własnej obojętności nie będziemy zasłaniali pretekstem winy drugich, lecz czyn własny, choćby ofiarny, wysuniemy na czoło, i z tych czynów zbudujemy przedmurze dla dobra rozwoju zdrojownictwa i dla dobra kraju. Za Prezydyum Polskiego Towarzystwa Balneologicznego: Prof. Dr Stanisław Pareński. Dr Józef Zanietowski. Za Redakcyę »Przeglądu zdrojowo-kąpielowego i Przewodnika turystycznego«: Dr Jan Frączkiewicz«.

— Dyplom doktorski uzyskali p. Zygmunt Drobniewicz, rodem z Konar w Galicyi, Józef Makary Lubczyński z Blachowni (Król. Polskie) i Stanisław Rouppert z Warszawy.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 2. VJ. do 8. VI. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 1 † —), ospy wietrznej 12, płonicy 3 † — (1 † —),, odry 1, duru brzusznego 3 † 1, róży 3. Dr Janiszewski.

Warszawa. W dwóch zakładach lekarskich w Warszawie wakuje posada dla młodego lekarza (bez egz. państw. w Rosyi) lub studenta-medyka z wyższych kursów. Czas zajęcia w każdej z tych 2 instytucyi po pół dnia. Zajęcie: chemia, fizyolog. i bakteryologia. Warunek: nie zajmowanie się praktyką lekarską. Wynagrodzenie ogółem 125 rb. miesięcznie i mieszkanie. Wiadomość w redakcyi »Przeglądu lek.«.

— Składki uliczne na »Pogotowie ratunkowe«, urządzone w 15. rocznicę założenia tej instytucyi, przyniosły około 50.000 rubli.

Mianowani: Pedyatra prof. Pesina na Wydziale czeskim w Pradze otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego.

Zmarli: Dr Stanisław Bartoszewicz, lekarz i kandydat nauk przyrodniczych w Łodzi w 53 r. ż.; zmarły był kierownikiem miejskiej pracowni higienicznej i naczelnym lekarzem miejskim; Dr Petrunkiewicz w Jałcie, Dr Witold Mickiewicz w Kiszyniowie w 60 r. ż., Dr Michał Juchnowicz w Warszawie w 75 r. ż.

Redakcya otrzymała. Baurowicz: 1) Zur Bestimmung der Grösse der Trachealkanülen. »Arch. f. Laryng«. 2) Badania czynności ucha. Kraków 1912. — Ostrowski: 1) Spółczesny stan

nauki o niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony. 2) Wrodzone wady serca u osesków w świetle badań sekcyjnych. »Przegl. pedyatr.«. 3) Morfologia krwi w krzywicy. »Med. i Kron. lek.«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 19. czerwca 1912 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Kader: O zapaleniu wyrostka robaczkowego ze stanowiska chirurgicznego.

Doroczne posiedzenie Sekcyi czortkowskiej Tow. lek. gal. odbędzie się w Husiatynie 16. czerwca o godz. 6 wieczorem. Program: 1. Kol. Zaremba (Husiatyn) i Zawadzki (Czortków): Demonstracye chorych. 2. Kol. Sękiewicz (Czortków): O morfinizmie ze stanowiska psychiatrycznego (na podstawie własnej kazuistyki). 3. Sprawozdanie doroczne Prezydyum Sekcyi. 4. Wybór prezesa, wiceprezesa, sekretarza i delegatów na Walne Zgromadzenie. 5. Wnioski.

Przewodniczący: Dr Wągrowski.
Sekretarz administracyjny: Dr Gargulinski.